CONSIDÉRATIONS

No 342.

SUR LE

CATHÉTÉRISME FORCÉ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1836;

PAR J.-B.-THÉODORE GAILLARDET, de Tonnerre,

Département de l'Yonne;

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Ex-Élève des hôpitaux; Membre correspondant de la Société médico-scientifique de l'île de Corse.

Jamais on ne devra faire un cathétérisme FORCÉ; cette épithète n'est pas chirurgicale.....

..... Faire quelque chose de force, ce n'est pas sagement et méthodiquement employer la force.....

VIDAL (de Cassis), Lettre chirurgicale à M. MAYOR (de Lausanne).

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1836.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. GERDY, Suppléant.
Pathologie médicale	DUMERIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Examinateur. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU, Président.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BÉRARD (Auguste).	JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (Philippe).	LESUEUR.
BROUSSAIS (Casimir), Suppléant.	MÉNIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD.
DANYAU.	REQUIN.
DUBOIS (Frédéric).	ROYER-COLLARD.
GUÉRARD.	ROBERT.
GUILLOT, Examinateur.	VIDAL, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE ET A MES FRÈRES.

A M. LE DOCTEUR BELNET,

Chirurgien de l'hôpital civil de Tonnerre.

A M. LE DOCTEUR KOREFF,

Conseiller intime de régence de S. M. le roi de Prusse.

Dévouement et reconnaissance.

J.-B.-T. GAILLARDET.

A MESSIEURS

VELPEAU ET BOUILLAUD.

J.-B.-T. GAILLARDET.

INTRODUCTION.

La dilatation des rétrécissemens de l'urètre par une méthode lentement progressive et par des moyens doux, élastiques, semblaît avoir acquis force de loi chirurgicale, quand un chirurgien d'une longue expérience, d'un talent reconnu, propose de renverser cette pratique qui, selon lui est entachée de *timidité* et de *cauteleux préceptes*, et à sa place il préconise une méthode basée sur ce principe : « Plus le rétrécissement est prononcé, plus l'instrument destiné à le traverser sera volumineux. » Les bons esprits et les amis de l'humanité ont dû être effrayés par l'énoncé seul de cette proposition ; ils devaient donc l'examiner et la combattre, si, au fond, elle renfermait les erreurs et les dangers que sa forme paradoxale faisait prévoir : c'est ce qu'ont fait MM. *Sanson* (par l'organe de M. *Boinet*), *Velpeau*, *Vidal* (de Cassis) et *Laugier*. M. *Mayor*, comme tous les réformateurs, (l'homme s'identifie toujours avec son œuvre), a pris pour des attaques personnelles les argumens qu'on a opposés à sa méthode, et dans une seconde édition de son mémoire, il a répondu avec quelque vivacité. M. *Vidal* de Cassis, qui avait fait deux articles assez étendus dans le *Journal Hebdomadaire*, a répliqué, en s'efforçant de donner à la discussion ce calme que la science réclame à juste titre, et de faire, comme il l'a dit, de la question qui s'agite, une question de bon sens chirurgical.

Il est bien téméraire à moi, débutant dans la carrière où je n'ai point encore conquis une place, de m'attaquer à une question appar-

tenant jusqu'à ce jour au domaine réservé des spécialistes; d'oser paraître, au lendemain de ma veille des armes, et avant même d'être reçu médecin, dans l'arène où luttent entre eux des hommes d'expérience, de talent et de cœur. Je cours risque d'être rudoyé dans le choc, et de rapporter émoussée et contuse l'arme vierge que j'ai cherché à affiler sur de trop dures poitrines. Mais il y a toujours quelque courage à braver un danger dont on sait l'étendue, et cela seul, ajouté à la justice de ma cause, fera, j'espère, mon excuse.

D'ailleurs, je ne me présente dans la lice que protégé et couvert par le nom et l'autorité des maîtres éprouvés, que depuis long-temps j'ai pris pour guides. Je ne me suis hasardé à combattre qu'à l'abri de leur drapeau, et pour ainsi dire, sous leur égide.

Avant d'entrer dans la discussion, je jeterai un coup d'œil rapide sur quelques points d'anatomie saine et pathologique de l'urètre. La critique des faits précédera celle des analogies, sur lesquelles M. *Mayor* appuie sa méthode.

Je terminerai par une série de propositions qui constituent une espèce de seconde thèse, destinée à formuler quelques-unes de mes convictions sur la médecine, comme la première aura exposé ma manière de voir sur un point particulier de la chirurgie.

Ces propositions, presque toutes empruntées aux doctrines nouvelles de M. *Bouillaud*, sont, dans mon intention, un hommage rendu à ce savant professeur, aux préceptes duquel je suis aussi heureux de pouvoir manifester ma foi, que de publier ma reconnaissance pour les bontés dont il m'a comblé.



CONSIDÉRATIONS

SUR LE

CATHÉTÉRISME FORCÉ.

Anatomie.

Rien de plus commun et rien de plus facile à expliquer que les divergences d'opinion dans les questions physiologiques. Les lois de la vie étant la plupart inconnues, l'esprit crée les élémens qui manquent à ces questions, et comme les esprits sont extrêmement variés, les solutions qu'ils donnent sont nécessairement très-diverses. Aussi la physiologie est-elle devenue le plus souvent le partage de l'imagination, et nous attendons encore qu'on en fasse une science.

Il ne devrait pas en être de même de l'anatomie qu'on ne voit pas avec l'esprit. Soumise à l'empire de nos sens, aujourd'hui en plein progrès, elle devrait nous fournir des données positives, invariables et *non contestables*. Et cependant, voyez ce qui arrive tous les jours aux anatomistes; je ne parlerai pas de leurs contestations sur la texture des organes les plus délicats, car toutes les fois qu'il faut pénétrer

dans les interstices, les erreurs sont faciles et nombreuses; mais je demanderai d'où vient leur désaccord sur les choses dont la démonstration peut être faite *le plus matériellement possible :* d'où vient, par exemple, que l'on varie d'une manière, je dirai si étrange, dans les dimensions qu'on donne à l'urètre?

M. *Lisfranc* assigne, pour point extrême, au canal onze et même douze pouces de longueur, tandis que M. *Malgaigne* note six pouces. Entre ces deux grandes oppositions, il était facile de prévoir des intermédiaires, des moyens termes, car il y en a partout, et ordinairement ce ne sont pas les hommes les moins habiles, ni les moins sensés qui les proposent. Eh bien! *Watély* a donné pour extrême neuf pouces sept lignes, M. *Blandin* neuf pouces, *Meckel* environ huit pouces, M. *Velpeau* sept pouces. Et cependant toutes ces divergences sont le résultat de l'inspection cadavérique! Dans ce qui est observable, ne pouvant accuser l'esprit d'avoir mis à la place des faits ses spéculations, il faut aller à la recherche des moyens employés pour connaître la vérité, il faut savoir enfin comment on a observé. Pour ce qui tient à mon sujet, on se demandera donc dans quelles conditions statique ou dynamique se trouvait l'urètre quand il a été mesuré : alors tout s'expliquera, et on aura la raison de toutes les divergences, ce que vous n'obtiendrez jamais en physiologie. En anatomie, comme dans les sciences physiques, quand on n'arrive pas à la vérité, ce sont les procédés et les instrumens mis en usage qu'il faut accuser; tandis que dans les autres recherches auxquelles l'esprit humain se livre, les accusations doivent être portées plus haut.

Pour mesurer l'urètre, les uns se sont servi de sondes ordinaires introduites dans la vessie pendant le vivant, ils ont tendu la verge sur la sonde, ou l'ont considérée dans l'érection ; d'autres l'ont laissé s'affaisser. Sur le cadavre, quelques anatomistes ont détaché le canal, il en est qui l'ont laissé en place; de là encore des différences; car l'urètre, privé de ses connexions, acquiert plus de longueur. M. *Malgaigne* l'a mesuré sur place avec un ruban qui a parcouru son inté-

rieur et qu'on a marqué au niveau du col de la vessie et du méat. M. *Blandin* a aussi mesuré l'urètre sur place ; mais, au lieu de laisser la verge s'affaisser sur les bourses, comme M. *Malgaigne*, il l'a couchée sur le ventre ; de là nécessairement une différence. Voici comment M. *Velpeau* s'exprime à ce sujet : « Détaché du bassin, l'urètre peut effectivement offrir jusqu'à dix pouces; en place et sur une sonde, au contraire, il n'a que de cinq à six pouces. En place et allongé sur l'instrument, il a de huit pouces à neuf pouces et demi. »

Il est certain qu'il vaut mieux mesurer l'urètre en place et dans l'affaissement le plus complet pour avoir *sa mesure anatomique ;* mais il ne faut pas oublier que le praticien exerce presque toujours sur la verge de légères tractions, quand il pratique le cathétérisme, et que c'est l'état de l'urètre, ainsi légèrement tiraillé, qui lui sert de *mesure chirurgicale*. Il est certain qu'il y a ici moins de précision; mais le praticien a bientôt connu le degré de traction qu'il donne ordinairement au pénis, toutes les fois qu'il fait l'application d'un moyen curatif, et ses erreurs ne sont pas grandes.

La dimension en largeur de l'urètre a encore varié ; elle est différente selon qu'on examine la portion prostatique, membraneuse ou bulbeuse. Pour la prudence, il faut se rappeler que le méat n'a que deux lignes et demie à trois lignes, et que la limite qui sépare la bulbe du commencement de la portion membraneuse n'a guère plus ; c'est beaucoup quand elle va à quatre lignes.

Soutenir encore aujourd'hui que l'urètre est tout à fait droit, ce serait vouloir se mettre volontairement en opposition avec ce qu'a appris le simple examen cadavérique. Et d'ailleurs, le cathétérisme seul l'indique : si le canal était droit, on pourrait le parcourir d'un bout à l'autre avec une tige droite poussée seulement dans le sens de son axe; pour pratiquer le cathétérisme dit rectiligne, il ne serait pas nécessaire d'imprimer à l'instrument le mouvement de bascule qui fait décrire à son extrémité vésicale une courbe, qui est précisément celle de la portion sous-pubienne de l'urètre.

Du col de la vessie on voit l'urètre se diriger d'arrière en avant, de haut en bas, puis de bas en haut jusqu'au devant du pubis; là finit la partie *périnéale* de l'urètre, et commence sa partie *pénienne*. L'élévation de l'extrémité de l'urètre qui correspond à la vessie varie suivant les sexes, les âges, et certains états de la prostate et de la vessie. Elle est plus élevée chez l'homme que chez la femme, plus encore chez l'enfant. Un développement considérable de la prostate, la réplétion de la vessie, du rectum même, relèvent encore l'extrémité vésicale de l'urètre, et augmentent ainsi sa première courbure. Je ne m'étendrai pas sur la structure de l'urètre, mais je noterai : 1° les sinus, quelquefois considérables, qui se remarquent à la partie inférieure de la portion prostatique; 2° les replis longitudinaux qui se trouvent dans la portion spongieuse; les valvules semi-lunaires, à concavité antérieure, que l'on trouve dans ces replis, qui sont limitées par de petits espaces ou trous appelés *sinus de Morgagni*.

En général, la membrane muqueuse est très-adhérente aux tissus sous-jacens, surtout au commencement de l'urètre; mais, chez certains sujets, elle est au contraire lâche et mobile sur ces mêmes tissus. Cette circonstance est très-importante pour la pratique du cathétérisme.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que presque partout l'urètre est doublé par des tissus fortement contractiles ou érectiles. On a reconnu que la portion dite membraneuse était enveloppée de fibres musculaires : la portion bulbeuse est partout en rapport avec du tissu caverneux. Reste la portion prostatique, qui, au premier coup d'œil, semble devoir le moins varier par les diverses modifications nerveuses et sanguines qui ont lieu vers l'urètre. Cependant la prostate peut être le point central de tous les mouvemens organiques de cette région. Tout ceci doit être pris en grande considération pour ce qui touche à l'histoire des rétrécissemens dits spasmodiques.

Le mot *rétrécissement* est considéré par M. *Velpeau* comme trop général, car il comprend la diminution du calibre de l'urètre par la compression d'un organe voisin, ou par une tumeur quelconque, et

les lésions dont l'urètre est lui-même le siége. Selon le professeur cité, on devrait réserver à ces dernières affections le mot de *coarctation*. Ce sont ces rétrécissemens que je me propose d'examiner, ceux par compression ou par développement de tumeur étant différens, et leur exposition ici ne pouvant apporter que peu de lumières à la question que j'essaierai de traiter.

Il y a des rétrécissemens permanens, d'autres qui ne sont que momentanés et qui peuvent même présenter un type d'intermittence. Ainsi M. *Civiale* dit avoir observé les effets d'un rétrécissement qui apparaissait périodiquement tous les huit jours.

Des sujets n'ayant jamais eu d'urétrite peuvent avoir des rétrécissemens non permanens. Ils sont même assez fréquens chez les personnes nerveuses adonnées à la masturbation, chez ceux qui ont la vessie, les reins, les uretères plus ou moins irrités par un corps étranger ou plusieurs calculs.

Ces rétrécissemens présentent des phénomènes remarquables qui se produisent par le passage du chaud au froid, par une émotion vive. Le malade qui ne pourra pas uriner dans un air froid, urinera un instant après dans une chambre dont la température sera élevée; un autre, au contraire, aura besoin d'une température basse : il en est qui ne peuvent émettre les urines qu'en tiraillant la verge et en la portant vers l'abdomen. A la suite de cette dernière manœuvre, on voit souvent l'urine partir tout d'un coup et à plein canal, tandis qu'auparavant elle ne coulait que par un jet très-délié, simple et bifurqué.

Une sonde ou une bougie qui vient de rencontrer un grand obstacle pénètre un instant après avec une facilité incroyable. Les douleurs sont très-vives, ou bien se bornent à un simple prurit; elles ne sont jamais continues. On pourrait les appeler des éclairs de douleurs, qui, le plus souvent, semblent suivre les principaux nerfs du périnée. Une fois éteintes, elles laissent le malade dans un parfait repos. C'est alors que, séduit par le bien-être qui succède à la souffrance, et

trompé par le calme qu'il ressent après l'orage, le malade se livre aux excès de table, du coït, et qu'il augmente ainsi son mal.

Le coït, qui est toujours dangereux quand il est immodéré, est souvent innocent et même quelquefois salutaire quand on en use modérément. On a vu les douleurs et les difficultés d'uriner cesser à sa suite. Mais, je le répète, craignez l'abus; l'usage même n'est pas sans dangers chez certains individus; l'accès qu'il arrête en prépare un autre plus violent. Alors l'abstinence complète doit être ordonnée.

L'autopsie n'offre quelquefois rien de remarquable, ou seulement une légère rougeur de la muqueuse, qui a perdu de son poli. Eh bien! qu'on appelle cela rétrécissement spasmodique ou névralgie de l'urètre, c'est toujours une affection qu'il faut distinguer des rétrécissemens dont il va être question.

Je me hâte de le dire, il ne faut pas considérer les diverses espèces de rétrécissemens comme parfaitement isolés, car ceux dits inflammatoires, ceux qu'on appelle organiques, se combinent et présentent souvent des phénomènes spasmodiques. Il y a toujours plus ou moins de difficulté d'uriner, dès qu'il existe un de ces rétrécissemens, puisqu'ils sont *permanens ;* mais la dysurie subira des modifications par une nouvelle congestion sanguine ou par un état de spasme. Tous les jours on voit des sujets porteurs d'un ou plusieurs rétrécissemens organiques, qui n'urinent pas très-facilement ; ils peuvent cependant vider plus ou moins complètement leur vessie. Mais à la suite d'un excès de table, d'une joie extrême ou d'un chagrin violent, l'urine est arrêtée, et la sonde ou la bougie d'un médiocre calibre, qu'on pouvait introduire dans la vessie, ne peuvent plus y parvenir. Ainsi l'élément inflammatoire et l'élément nerveux ne doivent jamais être oubliés, quand il s'agit du traitement d'un rétrécissement organique. C'est un pareil oubli qui a donné lieu aux exagérations qu'on s'est permises dans le cathétérisme.

C'est l'inflammation aiguë et partielle de l'urètre qui détermine les rétrécissemens dits inflammatoires. On voit un sujet sain, pris d'une difficulté d'uriner, ou même d'une rétention, et cela en très-peu

de temps. Il y a de vives douleurs déterminées par le passage de l'urine sur les parties enflammées. Dans ce rétrécissement, l'introduction d'une sonde ou même d'une petite bougie devient difficile et extrêmement douloureuse. Le malade ne peut supporter cette opération. Si l'on veut forcer, il se fait un écoulement de sang qui va quelquefois jusqu'à l'hémorrhagie. C'est surtout ce genre de rétrécissement qui est accompagné par le frisson et le développement de tout l'appareil des symptômes désignés sous le nom de fièvre inflammatoire : symptômes qui se manifestent particulièrement quand le sujet est jeune, sanguin et robuste.

Mais étudions anatomiquement les diverses coarctations.

Les divergences d'opinions sur la longueur de l'urètre ont dû jeter de l'obscurité sur la détermination du siége des rétrécissemens. Que dire de ceux qui prétendent avoir trouvé des rétrécissemens à 9 pouces ? Il faudrait admettre alors qu'ils siégeaient dans la portion prostatique, et qu'on a fortement tiré la verge sur l'instrument qui a servi à la mensuration. Les rétrécissemens de la portion prostatique ont été niés par *Sœmmering*. *J. Hunter* déclare n'en avoir jamais trouvé à cette profondeur ; M. *Velpeau* les rejette formellement aussi. Or, M. *Lallemand* et d'autres parlent de rétrécissemens à 7 pouces, et on sait que *Ev. Home* et *J.-L. Petit* plaçaient presque toujours la cause des rétentions d'urine dans cette partie de l'urètre. L'opinion de *Sœmmering* est-elle donc mal fondée? Oui, s'il niait qu'il pût se former dans cette partie un obstacle quelconque au passage de l'urine ; mais *Sœmmering* n'a pu émettre une pareille erreur. Il voulait dire, sans doute, que les rétrécissemens dits *organiques* n'avaient pas lieu sur ce point, c'est-à-dire qu'il ne se formait pas à la portion prostatique ces nodosités qu'on rencontre dans les autres parties de l'urètre. C'est de cette façon, du moins, que l'entend M. *Velpeau*.

M. le docteur *Béniqué*, ancien élève de l'école polytechnique, vient de présenter à l'Institut un mémoire sur un procédé très-ingénieux de mensuration du canal de l'urètre, mémoire que son auteur a bien voulu me confier, et que je suis heureux de pouvoir citer ici.

Les objets qu'il embrasse se rapportent à trois divisions principales; je ne reproduirai que la première, spécialement relative au point que je traite. « Pour reconnaître la limite postérieure des rétrécissemens, « je prends, dit l'auteur, une sonde en gomme élastique de la plus petite dimension possible (deux tiers de ligne). Je la sépare en deux portions que je réunis par un petit tube d'argent percé d'un « trou; sur ce trou je lie les deux extrémités d'un sac de boyau de « chat. Je mouille le tout et j'introduis ainsi dans l'urètre. Quand je « crois avoir franchi le rétrécissement, j'injecte de l'eau dans la « sonde; en même temps je la retire un peu. Elle a pris la forme « d'un sac qui sera arrêté par la limite postérieure du rétrécisse- « ment à mesure qu'on retirera la sonde. Il suffira de mesurer cette « sonde pour avoir la distance du rétrécissement au méat; ce moyen « est précis et peu douloureux. »

Le siége le plus fréquent des rétrécissemens a lieu : 1° au commencement de la portion membraneuse près le bulbe; 2° dans la portion membraneuse elle-même; 3° au méat et au commencement de la fosse naviculaire, à la base du gland. Cet ordre de fréquence est bon à retenir. On saura donc que c'est sur le point où l'urètre se recourbe que les rétrécissemens se montrent le plus souvent; c'est à noter pour juger convenablement le cathétérisme forcé.

Quand on a pu se convaincre de l'infidélité des moyens explorateurs et de la rareté des autopsies cadavériques bien faites dans des cas de rétrécissemens, on est surpris de l'assurance avec laquelle certains auteurs annoncent tel ou tel nombre de rétrécissemens. Malgré tout le prestige qui s'attache au nom de *J. Hunter*, je ne crois pas plus aux six rétrécissemens qu'il a cru reconnaître sur un sujet, qu'aux huit que *Collot* dit avoir constatés. Je suis même tenté de rester dans le doute sur les sept rétrécissemens du capitaine *Foltz*, cités dans un livre d'un chirurgien de Montpellier. Je sais bien que le meilleur moyen de reconnaître le nombre des rétrécissemens, c'est de les détruire un à un, en allant du méat vers le col de la vessie. Mais que d'erreurs ne peut-on pas commettre encore en pro-

cédant ainsi! Tel rétrécissement qu'on croit avoir détruit la veille, se montre encore aujourd'hui par le fait du spasme; et quelquefois la longueur d'un seul rétrécissement peut vous faire croire à l'existence de plusieurs! On peut constater cela d'une manière très-évidente, quand les coarctations sont très-voisines du gland.

Cependant, s'il est vrai de dire qu'il est très-difficile de connaître le nombre précis des rétrécissemens, il faut avouer aussi qu'il en existe souvent plusieurs : il y a même une disposition naturelle des parois de l'urètre à revenir sur elles-mêmes, quand ce canal n'est pas parcouru avec une même force par l'urine. Le retrait a lieu devant le rétrécissement, tandis qu'un phénomène opposé à lieu derrière. Là, l'urètre subit la loi qui règle tous les phénomènes qui se passent quand un canal éprouve des modifications dans une partie de son calibre. L'urine, arrêtée par le premier rétrécissement, n'agit plus avec la même force sur la partie antérieure, et, quand il ne s'y forme pas un vrai rétrécissement, il existe toujours un retrait de tout le calibre qui diminue son diamètre. Aussi, ceux qui ignorent ce phénomène croient pouvoir introduire jusqu'au véritable obstacle des sondes d'un fort calibre, et ils éraillent l'urètre avant d'arriver au rétrécissement; c'est ce qui arrive aux sondes de M. *Mayor*. A l'autopsie on ne trouve pas seulement des dégâts sur le point de l'urètre qui est fortement rétréci, mais la muqueuse paraît fendillée depuis le méat jusqu'à la coarctation.

Les rétrécissemens varient aussi dans leur organisation et leur forme. La muqueuse, dans le plus grand nombre des cas, semble seulement dépolie et a perdu sa souplesse; elle a quelquefois l'aspect d'une feuille d'arbre à laquelle les vers n'ont laissé que les nervures. Les brides formées sur la muqueuse par le dépôt d'une lymphe plastique n'ont pas été admises par tous les auteurs, malgré la grande autorité de *Laennec* qui en avait parlé dans ses cours. *Ducamp* y croyait aussi. Ceux qui ont combattu l'existence de pareilles brides ont invoqué la rareté de cette espèce de sécrétion sur les muqueuses, et surtout la difficulté et même l'impossibilité d'une coagulation

plastique, laquelle serait enlevée par le courant des urines; mais ces argumens tomberaient devant un fait bien observé. Il faut donc en rechercher et bien les décrire.

Que le point de départ du rétrécissement soit sur la muqueuse ou plus profondément, toujours est-il qu'on trouve cette membrane quelquefois saine, ou du moins avec sa couleur normale; mais quand elle a été réellement le siége principal de l'affection qui a envahi ensuite les tissus sous-jacens, il est rare qu'elle conserve toute sa souplesse; les tissus sous-jacens prennent quelquefois une consistance considérable; ils deviennent comme fibro-cartilagineux : ce qui est encore bon à noter pour juger le cathétérisme forcé, ce sont ces espèces de rétrécissemens qui s'étendent si loin. Leur type se trouve cité par M. *Lallemand*. Ce professeur parle d'un rétrécissement produit par l'affection de l'urètre et même des corps caverneux. Après la mort du malade, on divisa le canal selon sa longueur, et les tissus indurés présentèrent l'aspect d'un fuseau qu'on aurait tendu en long : on eût dit un cal parvenu à la période cartilagineuse.

Cette étendue en longueur est rare; le plus souvent les rétrécissemens sont formés par une espèce de virole, et, quand c'est par un repli de la muqueuse, ils représentent une valvule. Cette forme, selon M. *Amussat*, est la plus fréquente; et comme l'autopsie ne justifie pas cette opinion, son auteur dit que si on ne trouve pas ces valvules, c'est parce qu'on ouvre mal l'urètre et de manière à faire disparaître le repli.

Au lieu d'entourer tout le canal, ces replis peuvent occuper un de ses côtés, sa partie supérieure ou inférieure; c'est dans ce dernier sens que les brides se rencontrent le plus souvent.

M. le docteur *Vidal* de Cassis parle d'un rétrécissement par atrophie; selon lui il se forme autour de l'urètre de petits abcès qui ressemblent à ceux qui surviennent à la vulve des jeunes filles : quand ces abcès sont vidés, les tissus reviennent sur eux-mêmes, s'affaissent, et le rétrécissement a lieu. Ce chirurgien range dans la catégorie des rétrécissemens par atrophie ces resserremens de l'urètre dont j'ai

parlé, et qui ont lieu dans la portion du canal qui se trouve devant un rétrécissement considérable, parce que sur ce point le courant de l'urine n'est pas assez fort pour remplir et distendre les parois comme avant le rétrécissement.

Examen de la méthode de M. Mayor.

Cette méthode se base sur la proposition suivante : *Plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre; en d'autres termes, plus l'urètre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux*, etc., page 7 et 8 du mémoire de M. *Mayor*, nouvelle édition.

Les cathéters de ce praticien sont en étain, très-courbes; le premier n° a deux lignes de diamètre, le dernier quatre lignes et demi. Pour soutenir ses principes et sa méthode, M. *Mayor* invoque les faits et l'analogie. Je ne m'occuperai de celle-ci qu'à la fin; les faits avant tout : j'en présenterai une analyse telle qu'elle a été faite en public par M. *Velpeau*, et qu'elle a été imprimée par M. *Dufresse* dans le *Bulletin clinique* des sciences médicales. M. *Mayor* aurait pu récuser mon jugement seul; avec l'authenticité que je lui donne, il sera obligé de le subir. D'ailleurs M. *Vidal* a procédé à la même analyse et est arrivé aux mêmes résultats. Il ne sera pas seulement question ici des faits observés par M. *Mayor*, mais encore de ceux relatés par M. le docteur *Devergie*, d'une observation de M. *Velpeau*, et de ce qui est advenu aux malades de MM. *Sanson* et *Vidal*, malades qui ont été soumis a la méthode en question.

« 1° La première *observation*, *publiée* par M. *Mayor*, concerne un habitant de Genève qui, en 1813, fut traité, par *Dupuytren*, d'un rétrécissement, par la dilatation graduelle. Après un long traitement, ce malade parvint à rendre ses urines, en conservant encore quelque peu de difficulté. Alors il consulta M. *Mayor*, qui passa assez facilement un premier n°, puis un plus gros, et ainsi de suite jusqu'à dix.

Il est évident que ce malade était en partie guéri, lorsque M. *Mayor*

entreprit de le guérir; ce cas n'est donc pas à citer en faveur du procédé.

2° Un Anglais avait des difficultés d'uriner; le chirurgien auquel il s'adressa n'ayant pu introduire ni bougies ni petites sondes, même après une heure d'essais, il lui proposa de le traiter par la cautérisation. L'Anglais refusa, et tenta d'introduire une sonde de M. *Mayor*. Il y parvint sans difficulté, la remplaça peu après par une plus grosse, et fut promptement guéri.

Nous ne contestons pas le fait; mais nous ne saurions y voir un rétrécissement organique ou une coarctation.

3° M. C...., affecté d'une rétention d'urine depuis vingt ans, fit appeler M. *Mayor*, qui commença d'abord par introduire avec beaucoup de peine une bougie très-fine, qu'il remplaça deux jours après par un numéro supérieur, puis par une troisième encore plus grosse; alors il introduisit son cathéter n° 1 avec facilité, et parvint à introduire le n° 5 au bout de quelques jours.

Mais tout le monde agit comme M. *Mayor* a agi dans ce cas, c'est-à dire par la dilatation progressive. Cette pratique du moins est celle que conseillait M. *Velpeau*, dès l'année 1832, dans sa médecine opératoire.

4° Un fabricant, de Lausanne, eut une rétention d'urine complète; les chirurgiens qui le virent, n'ayant pu le sonder, firent la ponction de la vessie par-dessus le pubis. M. *Mayor* fut appelé au bout de quelques jours, et parvint à introduire un de ses cathéters, après un essai de quelques minutes. Le malade mourut, et le canal fut trouvé complètement libre et sain.

Il est évident que, dans ce cas, la rétention d'urine tenait à une autre cause qu'à un rétrécissement organique; car les traces de coarctation n'auraient pu disparaître aussi promptement.

5° Un général avait depuis huit mois des envies fréquentes d'uririner: le 10 octobre 1833, il eut une rétention complète, avec tous les caractères d'une forte réaction; sangsues, bains, cataplasmes, ne firent rien. M. *Mayor* fut appelé, et put passer aisément un ca-

théter de deux lignes, auquel il en substitua d'autres de plus en plus volumineux, jusqu'au 31 décembre, où le malade commença à rendre spontanément ses urines.

Ce cas est évidemment un cas de dilatation progressive, faite avec des cathéters-*Mayor*, au lieu d'avoir été faite avec des sondes ordinaires.

6° Un nommé Etnoz, étant tombé à cheval sur une planche, se fit une violente contusion au périnée. Il guérit, mais avec une rétention d'urine d'abord légère, puis très-forte. Cet homme entra dans l'hôpital de M. *Mayor*. Ce chirurgien ne put parvenir à le sonder avec son cathéter, qui buttait contre un durillon; il fit une boutonnière derrière le rétrécissement, pour le pénétrer d'arrière en avant, et ne réussit pas mieux. Le malade mourut ; et l'autopsie révéla un rétrécissement de l'urètre.

Parmi les observations de M. *Mayor*, voici le seul cas dans lequel il y a eu manifestement rétrécissement ou coarctation, puisqu'il a été démontré par l'autopsie; or, il n'a pu le sonder avec son cathéter.

Outre ces six observations, M. *Mayor* en cite deux autres recueillies à Paris, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. *Cloquet*. L'un est relatif à un jeune homme qui avait un rétrécissement dont il n'explique ni le siége, ni l'époque de son apparition. M. *Mayor* dit qu'il a passé sans difficulté son n° 2. Était-ce un rétrécissement? Où en sont les preuves?

L'autre est relatif à un nommé Portat, qui fit une chute qui lui causa un grand ébranlement. Quatre mois après, les urines commencèrent à sortir avec difficulté. Il conserva cinq ans cette incommodité, qui fut traitée, il y a environ neuf ans, par *Dupuytren*, au moyen des bougies : mieux, puis récidive au bout de deux ans. Depuis ce temps jusqu'à présent, il avait supporté son incommodité, sans qu'on pût l'en débarrasser. Ici encore, la nature et le siége de ce rétrécissement n'ont point été indiqués. On sait qu'à ce même hôpital de la Clinique, un malade est mort des suites d'un cathétérisme pratiqué

par M. *Mayor*. Je puis, dit M. *Velpeau,* citer un cas qui m'est propre. S'il se fût présenté à la pratique de M. *Mayor,* il eût réussi à pénétrer dans le canal avec son cathéter, et l'eût probablement considéré comme un rétrécissement véritable.

Au mois de janvier 1835, dit M. *Dufresse,* je fus voir un de mes confrères, le docteur *Trouchon*. Il me raconta qu'il avait été appelé pendant la nuit chez un tambour-maître de la onzième légion, demeurant rue de Sorbonne, n° 5, pour une rétention d'urine complète. Il essaya de le sonder avec une sonde d'argent; après plusieurs tentatives infructueuses, il y réussit et vida la vessie. Il retira sa sonde, et la poche se remplit bientôt, sans pouvoir se vider naturellement. Appelé de nouveau, il voulut encore pratiquer le cathétérisme, et ne put y réussir. Bains, sangsues au périnée, rien ne put vaincre la rétention d'urine. La vessie était distendue, et proéminait au-dessus du pubis. L'aide-major du bataillon fut appelé, fit des tentatives infructueuses, prescrivit bains, sangsues, cataplasmes, et se retira : les accidens devinrent de plus en plus pressans. Ce fut alors que le docteur *Trouchon* me raconta le fait. Il était tenté de faire la ponction de la vessie par-dessus le pubis, et me demanda mon avis. Je conseillai d'abord l'injection forcée. La première fut sans effet; mais, à la seconde, l'obstacle fut vaincu, l'urine s'écoula naturellement et abondamment; et alors il fut facile d'introduire une sonde dans la vessie, et de l'y maintenir. C'était là évidemment une rétention d'urine, tenant à un rétrécissement spasmodique déterminé par le gonflement de la muqueuse de l'urètre ou du tissu environnant.

Dans ce cas, le cathétérisme forcé eût pu être employé avec avantage, et eût certainement réussi. C'est pour cela que je le considère comme un bon moyen, qu'on peut ajouter à ceux qui sont déjà connus, et qu'on peut employer avec beaucoup d'avantage dans certains cas, mais qui, à coup sûr, n'est pas destiné à remplacer tous les autres.

On peut, ajoute M. *Velpeau,* lire, dans le n° du 5 septembre 1835 de la Gazette médicale de Paris, plusieurs observations de M. *Devergie,*

précédées d'un avant-propos, dans lequel il se montre très-partisan de la méthode *Mayor*. Il prétend que si d'autres chirurgiens habiles et distingués ne se sont pas bien trouvés de l'emploi du cathétérisme forcé, c'est qu'ils ne l'ont pas employé suivant les préceptes de M. *Mayor*. Or, en lisant les observations dans lesquelles M. *Devergie* a si bien réussi, on s'aperçoit bientôt que personne, plus que lui, n'a négligé ces préceptes. En voilà l'analyse succincte :

1° Un officier portait, depuis 1813, un rétrécissement de l'urètre qui siégeait à cinq pouces six lignes. Il avait subi deux traitemens par la cautérisation. M. *Devergie* lui fit sept cautérisations en six semaines. Alors il survint une hémorrhagie qui s'arrêta ; le malade pissait assez bien depuis un mois, lorsque M. *Mayor* introduisit son cathéter n° 1, en quatre minutes. Au bout de douze jours, il le remplaça par le n° 2, et le malade sortit guéri après un mois de traitement.

Cette observation prouve qu'au moment de l'introduction du cathéter, le rétrécissement était en partie détruit, puisque le malade pissait assez bien. C'est une guérison obtenue par la cautérisation et la dilatation graduelle, telle que l'emploie M. *Velpeau*.

2° Un capitaine portait deux rétrécissemens, un à quatre pouces et demi, et l'autre à six pouces; il urinait difficilement. On ne put parvenir à le sonder. M. *Devergie* guérit le premier rétrécissement, et parvint à dépasser deux fois le second, et à pénétrer dans la vessie avec les sondes ordinaires. Des fistules se développèrent au périnée, et l'urine s'infiltra dans le tissu cellulaire. Alors on essaya le n° 1, qui ne put pénétrer dans la vessie, tandis que le n° 2 pénétra, avec douleur vive, il est vrai. On cessa, pendant quelques jours, à cause des accidens, puis on revint au n° 1 qui fut supporté; au bout de douze jours, le n° 2 fut introduit librement cinq fois par jour. Les fistules guérirent, et le malade sortit au bout de trente-deux jours de traitement.

Dans cette observation, on voit que si les sondes ordinaires n'ont

pu être supportées, il en a été de même des sondes *Mayor*, qu'on a été obligé de suspendre pendant plusieurs jours.

Dans trois autres observations publiées par M. *Devergie*, le cathétérisme forcé n'a pu réussir de prime-abord, comme on peut le voir dans le numéro du journal cité. Dans le premier cas, on commença par cautériser, puis on employa les sondes *Mayor* n° 1, puis n° 2, et le malade guérit. Mais c'est là ce que tout le monde fait : la cautérisation alternée avec la dilatation graduelle !

Le second et le troisième de ces trois cas sont de vrais types de la cautérisation alternée avec la dilatation graduelle. Par conséquent, les cas présentés par M. *Devergie* en faveur de la méthode *Mayor* prouvent qu'aidée de la cautérisation, elle peut remplacer les autres méthodes ; mais que, seule, elle est incapable de guérir dans tous les cas, et surtout dans les cas de coarctation. D'ailleurs, après avoir reproduit l'analyse des faits soi-disant favorables à la méthode du cathétérisme forcé, M. *Velpeau* examine d'autres faits allégués contre elle. Ces faits se sont passés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. *Sanson*, et ont été imprimés dans la Gazette médicale du 14 novembre dernier ; les autres ont eu lieu dans le service de M. *Velpeau*.

Extrait des observations prises dans les services de MM. SANSON, VELPEAU *et* VIDAL (*de Cassis*).

Chez M. *Sanson*, sept cas se sont présentés. Dans six de ces cas, il a employé le cathétérisme forcé et n'a réussi dans aucun. Dans le septième, il a d'abord mis en usage la cautérisation, et a réussi ensuite à introduire un cathéter *Mayor*. On lui a reproché de n'avoir pas agi comme l'indique l'auteur de la méthode : ainsi, d'avoir voulu entrer trop brusquement dans le canal sans le dilater petit à petit, et ensuite de s'être servi de cathéters trop gros. Comment ces reproches peuvent-ils lui être adressés, puisque M. *Mayor* pose en principe de se servir de cathéters d'autant plus gros que le rétrécissement est plus considérable ? D'autre part, il s'est présenté à la Charité, dans le ser-

vice du professeur *Velpeau*, un cas de rétrécissement traité par la dilatation brusque. Ce cas existait chez un homme d'une quarantaine d'années, dont l'urètre ne put être traversé que par une bougie n° 5. Cet homme a succombé, et l'autopsie nous a révélé un rétrécissement organique occupant toute l'étendue de l'urètre, qui n'avait pas plus d'une ligne de diamètre dans quelques points. La présence de la sonde fit éprouver à cet homme des accidens singuliers. On voit actuellement encore, dans le service de M. *Velpeau*, trois malades qui ont été pris d'accidens graves, tels que fièvre, inflammation et douleurs vives dans le canal, abcès le long de l'urètre, chaque fois qu'on a tenté chez eux le cathétérisme forcé.

Voici comment s'exprime M. *Vidal* dans sa lettre à M. *Mayor* :

« Il m'est arrivé précisément ce qui est arrivé à vous et à M. *Sanson*, et quelque chose de pis : 1° J'ai sondé un malade qui avait un rétrécissement récent, et je l'ai franchi avec vos deux premiers numéros; je l'ai fait uriner; le lendemain, il a maudit le chirurgien et les cathéters, il est sorti de l'Hôtel-Dieu. 2° Un vieux soldat plein de courage, traité par moi, avec succès, d'une orchite ancienne, avait aussi un rétrécissement que j'ai franchi avec vos deux premiers numéros employés pendant deux jours de suite. Il était plein de confiance; il aimait beaucoup le séjour de l'Hôtel-Dieu; il avait mieux uriné qu'avant l'emploi de vos sondes, et cependant il ne voulut pas en suppor-une troisième application ; c'est celui qui a demandé la mort et qui a pleuré en nous quittant. 3° Le malade qui nous avait été recommandé par M. *Breschet*, et que nous avions à cœur de traiter, avait une fistule dépendant d'un rétrécissement que nous avons franchi avec votre premier numéro : nouveau refus, nouvelle fuite. 4° Celui-ci est le plus coupable : il avait plusieurs rétrécissemens portés au point de produire l'incontinence de l'urine; tous vos cathéters ont été employés; mais il est survenu une inflammation du col de la vessie et de l'urètre, qui a nécessité l'emploi énergique des antiphlogistiques : désertion. 5° Un dragon très-peu sensible est sondé une fois

pour rétrécissement à quatre pouces; votre premier numéro seul a été employé : fuite précipitée.

« Voilà, mon cher confrère, les vrais *dynamophobes* (1). Oui, ils ont eu horreur de vos cathéters et ils les ont fui comme on fuit la mort. Je sais que vous avez osé accuser M. *Sanson* d'imprudence, de légèreté, etc... Que ne direz-vous point contre moi? Je vais être coupable de cette désertion; c'est mon inexpérience qui aura fait tout le mal. Vos reproches ne seront pas les seuls qui m'arriveront; on me demandera ailleurs comment j'ai osé employer un moyen aussi dangereux et aussi généralement réprouvé. Je répondrai que ma conscience me l'a conseillé; qu'après un mûr examen j'ai reconnu que votre méthode modifiée pouvait rendre de grands services; qu'il fallait pour cela l'expérimenter; que j'avais conseillé cette expérimentation et devais la faire dès qu'une occasion favorable se présenterait. Je l'ai saisie, et, quel que soit le résultat, je n'ai nullement à me repentir de ma conduite. J'ai cependant à déplorer une mort, et si j'étais vraiment un de ces adversaires chez lesquels vous aimez à trouver un défaut dont vous vous défendez très-fort, il me serait facile de mettre tout à fait sur le compte de votre méthode un accident que, peut-être, elle n'a fait que provoquer. J'aurai occasion de publier ce fait avec tous ses détails, mais qu'il me suffise aujourd'hui de vous dire ceci : J'ai voulu sonder un vieillard qui avait un rétrécissement, j'ai fait deux tentatives avec vos cathéters; un jour de repos a été laissé entre les deux cathéterismes; j'ai toujours été arrêté sous le pubis, et jamais je n'ai forcé. Le dernier jour, j'ai introduit votre n° 3 jusqu'au rétrécissement, j'ai été arrêté de nouveau. J'ai retiré à l'instant le cathéter en disant aux élèves qui suivaient ma visite qu'il

---

(1) Qualification néologique adressée par la fécondité polémique du savant docteur de Lausanne à M. *Vidal* de Cassis, et à ceux qui, comme lui, *ont horreur de la violence,* c'est-à-dire du procédé de M. *Mayor,* dont les sectaires sont des *dynamophytes*.

y aurait folie à insister, que ce serait vouloir compromettre la méthode et la vie du malade. Après la sortie du cathéter, il s'écoule une certaine quantité de sang, et le malade meurt dans la journée. Hé bien! mon cher confrère, mettez en présence de ce fait un homme prévenu, un de ces hommes dont l'âge ne peut redresser l'esprit, il en fera un tableau effrayant. Il vous accusera, vous, d'avoir inventé ces sondes, et moi, de les avoir employées. Mais les bons esprits iront plus loin, ils voudront connaître l'autopsie, qui nous a montré une lésion profonde de la prostate, une hypertrophie considérable des uretères, qui étaient de plus enflammées d'une manière aiguë et à un très-haut degré. N'allez pas dire pour cela que le cathétérisme n'est pour rien dans cet accident; tout ce que vous pourrez alléguer, c'est que des morts aussi promptes ont eu lieu après l'emploi de la cautérisation, après un simple cathétérisme, et après l'usage d'une très-petite bougie. »

Ainsi les faits sont opposés à la méthode de M. *Mayor;* voyons si l'analogie lui sera favorable. Il invoque surtout celle qui existe entre le cathétérisme et l'accouchement. Mais on voit que ce chirurgien n'a tenu compte que d'un fait dans ce grand acte de la parturition, savoir le passage d'un corps volumineux par une ouverture dont les diamètres sont bien inférieurs à ceux de ce même corps; il n'a vu que la tête se présentant à l'orifice utérin, tandis que cette fonction, qui paraît si simple à ceux qui n'y réfléchissent pas, est, dans le fait, très-complexe. De longue main la nature prépare le col, le corps de la matrice, le vagin et le bassin lui-même. Le jour même de la conception, le jour où commence la grossesse commence l'accouchement. L'organisme travaille en même temps pour loger et déloger le nouvel être dont le germe vient d'être fécondé : c'est le même mouvement vital qui fait affluer le sang nécessaire à l'entretien et au développement de l'œuf, et qui doit servir aussi au développement des fibres musculaires de la matrice dont les contractions seront les principaux moyens d'expulsion.

Où trouve-t-on dans le cathétérisme cet antagonisme des fibres

du corps avec celles du col de la matrice? M. *Mayor*, dans sa comparaison n'a vu qu'une force, celle qui poussait le fœtus et qui agissait dans le sens de son grand axe; mais dans l'accouchement il y en a qui agissent dans tous les sens. La poche des eaux est un vrai dilatateur progressif, souple, inoffensif, et qui n'a rien d'analogue avec des sondes en étain, il a plus d'analogie avec les instrumens élastiques. Il y a là une force excentrique, une vraie dilatation, une compression latérale qui a bien été indiquée par M. *Vidal* dans son second travail sur le même sujet. (Journal hebdomadaire, janv. 1836, n° 2.) Et d'ailleurs, pour que l'analogie fût réellement favorable au système que défend M. *Mayor*, il faudrait que les enfans dont la tête est très-volumineuse pussent franchir plus facilement les détroits que ceux qui l'ont petite; c'est ce qui n'est pas et ce qui ne peut pas être. Quand la tête du fœtus a des diamètres exagérés et qui ne sont nullement en rapport avec le canal vulvo-utérin, savez-vous ce qui arrive? des déchirures, des gangrènes, des perforations. C'est alors que l'accouchement ressemble au cathétérisme forcé, et M. *Mayor* aurait dû choisir des exemples pareils pour rendre son analogie un peu moins fausse.

Je ne m'étendrai pas sur la défloration. M. *Mayor* avance qu'elle est plus facilement opérée par une verge très-développée qu'avec celle qui le serait peu. Je ne connais pas le chiffre des observations que M. *Mayor* a pu recueillir sur ce sujet; mais je sais que dans certains cas le chirurgien a été appelé pour l'accomplissement du mariage, qui n'avait pu avoir lieu à cause d'une disproportion provenant tout juste d'une circonstance que M. *Mayor* aurait considérée comme heureuse. J'aurais beaucoup de réflexions à ajouter ici, mais elles ne pourraient être écrites que par un homme de l'âge de M. *Mayor;* je m'en abstiendrai donc. Je ne puis me dispenser cependant de faire remarquer qu'en général, dans l'acte de la défloration, il y a douleur, déchirure, écoulement de sang, et qu'un cathétérisme qui produirait les mêmes résultats ne pourrait pas prendre rang parmi ceux qu'une saine pratique peut avouer.

M. *Mayor* semble vouloir embarrasser les chirurgiens, quand il leur adresse cette question : « Si vous aviez un lavement à administrer, vous serviriez-vous d'une très-grosse ou d'une très-petite canule? » Il y avait une réponse bien simple à faire. « Je ne me servirais ni de la très-grosse, ni de la très-petite, a dit tout simplement M. *Vidal*, j'en prendrais une moyenne. » Plaçant ensuite la question sur ce terrain d'éclectisme, ce chirurgien combat, avec un talent et un esprit remarquables, tous les argumens que M. *Mayor* puise dans l'analogie.

Pour en revenir à la comparaison que le chirurgien de Lausanne fait entre un lavement et le cathétérisme mis en usage pour traiter les rétrécissemens, je ferai remarquer qu'au commencement du rectum l'anus est plissé, et qu'il faut effacer en partie ces plis pour introduire un corps étranger dans le rectum. On conçoit qu'alors une canule trop déliée puisse s'insinuer dans les plis de l'anus, et qu'une canule ayant de plus grands diamètres entre plus facilement. Mais dans un rétrécissement, il n'y a rien qui ressemble à cet état rayonné de l'anus, à cette souplesse, à cette dilatabilité facile qu'il présente, et aux habitudes de dilatation qu'il a contractées. Sur le point rétréci de l'urètre, il y a au contraire moins de souplesse que dans l'état ordinaire ; quelquefois même il y a un endurcissement marqué, et ici il n'y a rien à déplisser. Si vous employez un cathéter dont les diamètres sont exagérés, pour peu que vous forciez, il vous sera impossible de dilater ; d'ailleurs, l'action de l'instrument ne se passera pas sur la coarctation elle-même, elle portera sur les parois de l'urètre, qui, résistant moins que le tissu morbide, se laisseront perforer.

Dans l'état sain, et surtout chez les vieillards, le système de M. *Mayor* serait plutôt applicable ; car la membrane muqueuse est qnelquefois lâche, plissée, et, en étendant les parois de l'urètre, on parvient plus facilement à la vessie. Mais encore faudrait-il s'abstenir des derniers numéros de M. *Mayor*, et rester dans les limites que la saine pratique nous trace. Alors que reste-t-il de l'innovation que croit avoir faite M. *Mayor*, puisque dans les livres classiques il est dit que

le cathétérisme est plus facile avec une grosse sonde qu'avec une petite? Les essais journaliers que l'on fait dans les amphithéâtres le prouvent; car c'est surtout sur les cadavres que les tissus sont flasques, et qu'une grosse sonde réussit mieux qu'une petite.

Il n'est pas rare de voir des élèves qui, n'ayant pas réussi à introduire une sonde ordinaire dans la vessie, y parviennent avec un fort cathéter qu'ils s'étaient procuré pour faire des essais de lithotomie. Les instrumens de lithotritie pénètrent le plus souvent avec une grande facilité; mais s'il y avait rétrécissement, il leur serait de toute impossibilité de passer où passe une bougie.

Ainsi, c'est vouloir s'exposer à des erreurs que de vouloir forcer les analogies : l'état physiologique ne peut pas toujours être comparé à l'état pathologique, et, quelquefois, il serait imprudent de s'autoriser de ce qui se passe sur le cadavre, pour les applications pratiques faites sur l'homme vivant.

M. *Mayor* compare encore son cathétérisme forcé à ce qui a lieu quand on enfonce un poinçon dans un cuir; mais quel rapport peut-on trouver entre cette action et l'opération qui consiste à dilater un rétrécissement?

Le poing étant fermé et tourné de manière à présenter le bord radial de l'index en haut, on verra un *infundibulum* dans lequel on tentera de passer un corps. « Plus petit sera le corps, moins facilement, dit M. *Mayor*, vous l'introduirez; en le prenant plus volumineux, il pénètre avec plus de facilité. » Mais ici la main présente cette disposition rayonnée qui peut être comparée à celle de l'anus; c'est contre la face palmaire de l'index fortement fléchi que portent les efforts de dilatation, et là l'index est souple et très-compressible. Encore faut-il choisir une main paresseuse, appartenant à un sujet qui ne s'est pas livré à des travaux durs. Mais au lieu de cela, prenez un vieux laboureur à mains calleuses et presque cornées, et vous verrez, s'il les serre bien, quel est le corps volumineux que vous pourrez introduire entre son index fortement replié. Eh bien! cette main calleuse représente les rétrécissemens durs, calleux, qui ne se prê-

tent nullement à la méthode de M. *Mayor*. Si ma comparaison n'est pas très-juste, j'en demande pardon à mes juges; mais ils voudront bien m'accorder, sans doute, qu'elle vaut au moins celles dont se sert M. *Mayor*.

« Etranglez avec un fil un intestin, ne faites *qu'un nœud simple;* introduisez dans sa cavité un instrument analogue à une bougie, ou une bougie elle-même : on ne pourra lui faire franchir l'étranglement, tandis qu'une grosse sonde tombera, selon M. *Mayor*, précisément dans le centre, et fera céder l'étranglement, c'est-à-dire qu'elle déliera le nœud. » Mais remarquez bien que le nœud *est simple*, et si tout était aussi simple dans un rétrécissement, nous n'aurions pas même besoin de l'habileté de M. *Mayor* pour le vaincre.

On remarquera sans doute que dans toutes les comparaisons de M. *Mayor*, il est question d'un instrument droit introduit dans un canal droit. Mais les rétrécissemens ne sont pas toujours sur la portion droite de l'urètre. En faisant leur anatomie pathologique, j'ai noté au contraire qu'ils étaient le plus souvent sur le point où le canal se recourbe. Cette circonstance est très-favorable à la production des fausses routes pendant le cathétérisme forcé.

Cependant je suis convaincu que tout n'est pas à rejeter dans la méthode de M. *Mayor*. Peut-être les praticiens dilatent-ils en général trop lentement; il serait possible de rendre le traitement de certains rétrécissemens un peu plus prompt, en diminuant le nombre des numéros adoptés. Mais on trouve les élémens de cette amélioration dans les livres élémentaires de M. *Velpeau*, qui d'ailleurs, dit depuis long-temps dans ses leçons cliniques qu'après avoir attaqué un rétrécissement par des bougies d'un petit calibre, on peut arriver rapidement à des numéros supérieurs et atteindre bientôt à la sonde ordinaire. Aussi suis-je étonné de voir, dans le tome IV, n° 26, de la Gazette médicale, M. *Sirus Pirondi* attribuer à M. *Lallemand* un procédé qui est absolument celui dont je viens de parler; ce serait selon M. *Pirondi* une *dilatation subite*. Ce nom donné à ce procédé ne le rendra pas plus nouveau, car *Rust* l'a indiqué depuis long-temps. On

n'a qu'à lire le passage traduit de l'allemand par M. *Mayor* et consigné dans la deuxième édition de son mémoire; c'est là que se trouvent les vrais principes du cathétérisme : mais aller au-delà de ce qu'indique *Rust*, de ce que fait M. *Velpeau* depuis dix ans, c'est dépasser des limites qu'une saine pratique a posées, et s'exposer à faire des victimes. M. *Mayor* n'ignore pas que plusieurs malades ont succombé à la suite de son cathétérisme, que des accidens sont arrivés à des malades que lui-même a traités. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire les observations bien faites et les réflexions fort justes que M. *Boinet*, interne distingué des hôpitaux, a consignées dans la Gazette médicale. Ces faits me dispensent de réfuter M. *Mayor*, qui attribue les insuccès que les chirurgiens de Paris ont éprouvés, à leur inexpérience. M. *Mayor* met d'ailleurs ses énormes cathéters entre les mains d'une jeune épouse, d'une jeune fille qui s'en servent fort bien. D'où vient alors que des chirurgiens tels que MM. *Velpeau*, *Sanson* et *Vidal* n'obtiennent pas les mêmes succès? Il y a là-dessous un dernier mot que M. *Mayor* voudra bien nous dire un jour.

Cependant les insuccès de M. *Mayor*, ceux des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ne doivent pas faire rejeter entièrement la méthode en ce qu'elle a de bon, de praticable.

Voici d'ailleurs les conclusions qu'avait posées M. *Vidal* (de Cassis) dans le n° 2 du Journal hebdomadaire, janvier 1836. Après en avoir appelé à l'expérience et après avoir fait ses réserves, M. *Vidal* dit : « S'il était possible de prévoir, d'après les données que je possède, les résultats des expériences ultérieures, voici les propositions que j'émettrais pour conclure : »

1° Comme cathétérisme évacuatif, et quand il n'existe point de rétrécissement, on fera bien de choisir une sonde d'un grand diamètre. C'est le précepte de tous les bons chirurgiens;

2° Un rétrécissement peu ancien, celui surtout qui est considéré comme spasmodique, sera traversé plus facilement et traité avec plus de succès par les premiers numéros des sondes en étain;

3° Les rétentions d'urine dues au gonflement de la partie de la

prostate que *Home* appelle lobe moyen, seront traitées plus avantageusement par des sondes d'un gros volume et pesantes; car elles ne s'engagent pas dans les lacunes, écartent mieux les diverses parties de la glande, et compriment efficacement le lobe gonflé;

4° Jamais on ne devra faire un cathétérisme *forcé* : cette épithète n'est pas chirurgicale; elle était bonne pour les temps où la chirurgie était mécanique;

5° Les sondes de M. *Mayor* doivent compléter l'appareil des chirurgiens qui traitent les affections des voies urinaires; mais, seules, elles suffiront rarement. Dans le plus grand nombre des cas, elles seront mises en usage après l'application des bougies et des sondes élastiques, et après la cautérisation.

M. *Vidal*, ayant expérimenté, ne sera plus aussi généreux, j'en suis sûr, à l'égard de cette méthode. Mais je ferai remarquer une circonstance qui m'est rappelée par sa cinquième conclusion. S'il est vrai que souvent les rétentions d'urine sont causées par un gonflement de la prostate, qui porte surtout sur cette partie de la glande qu'on appelle lobe moyen de *Home*, et que M. *Velpeau* soutient n'être autre chose qu'une production accidentelle, pathologique, une tumeur anormale enfin de cet organe; dans ce cas, pour pénétrer facilement dans la vessie, il faut une sonde fortement recourbée, et il arrive qu'avec les premiers numéros de M. *Mayor*, qui présentent cette forme, on pénètre plus facilement dans la vessie qu'avec des bougies et des sondes ordinaires, qui ne la présentent pas. C'est donc au mérite accidentel de ces courbures, plutôt qu'au mérite prévu de leur calibre, qu'il faudrait rapporter, selon moi, certains succès obtenus dans les départemens, et qui ont fait prôner par quelques chirurgiens cette méthode qui, je le dis avec conviction, peut être funeste, si elle n'est pas dépouillée de ses exagérations.

La courbure des sondes généralement employées, dit M. *Velpeau*, ne s'étend presque jamais jusqu'à leur bec. C'est là pourtant qu'elle devrait se trouver, car c'est le bec de l'algalie qui traverse d'abord les portions courbes de l'urètre. Que la vessie soit relevée vers l'abdo-

men par sa propre distension ou par quelque tumeur ; que l'origine de l'urètre soit soulevée par un gonflement quelconque de la prostate, etc., et vous verrez presque tous les praticiens éprouver des difficultés pour entrer avec de pareilles sondes. C'est alors que M. *Mayor*, que M. *Chaumet* (de Bordeaux), que d'autres chirurgiens ont obtenu de véritables succès, non-seulement parce qu'ils ont employé de grosses sondes, mais encore et surtout parce qu'ils ont eu recours à la courbure proposée en 1832 par M. *Velpeau*, courbure qui représente un arc de cercle continué jusqu'à l'extrémité vésicale de l'instrument, et non plus seulement jusqu'à ses ouvertures latérales; courbure qui n'expose pas comme l'autre à s'engager dans les excavations inférieures de la prostate, à pousser devant soi en forme de bourrelet ou d'épaisses valvules, le sommet du trigone ou le bord postérieur de la glande.

PROPOSITIONS.

I.

Dans les phlegmasies aiguës en général, telles que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, l'endocardite, l'angine, etc., traitées de bonne heure par la formule des évacuations sanguines coup sur coup, la guérison est la règle, la mort l'exception. Au reste, pour que cette formule réussisse, elle doit être employée suivant les règles que son auteur a posées; au-delà et en-deçà de ces règles, les résultats ne sont plus les mêmes.

II.

Dans la plupart des cas de rhumatisme articulaire aigu avec mouvement fébrile considérable, on remarque la coïncidence de cette phlegmasie avec la péricardite et l'endocardite.

III.

La saignée et la digitale sont les principaux moyens de traitement palliatif contre les lésions dites organiques du cœur.

IV.

Dans plusieurs maladies aiguës, le choix de telle ou telle méthode de traitement est souvent une question de vie ou de mort.

V.

La plupart des maladies chroniques sont la suite d'affections aiguës négligées ou traitées par la méthode dite expectante.

VI.

Dans les grandes maladies, les liquides en général, et spécialement le sang et les urines, offrent des changemens, ou, si l'on veut, des symptômes aussi constans que le sont ceux fournis par l'exploration des solides vivans.

VII.

En général, tant que dans une maladie aiguë fébrile on n'aura point complètement ou à peu près éteint le mouvement fébrile, il ne faut pas prescrire le plus léger aliment. Lorsque, l'état fébrile étant dissipé, on pourra commencer l'usage des alimens, il ne faut en permettre d'abord qu'une petite quantité, prise parmi les plus légers, n'en augmenter la *dose* que par degrés bien ménagés; et si l'on doit pécher en pareille matière, que ce soit par défaut plutôt que par excès.

VIII.

La prédisposition aux maladies constitue moins une cause proprement dite, qu'une condition propre à favoriser les causes déterminantes, lorsqu'elles sont mises en jeu.

IX.

Dans les maladies aiguës, il faut déployer vivement, *coup sur coup*, les moyens dont se compose notre arsenal thérapeutique, attaquer pour ainsi dire l'ennemi sur tous les points à la fois, et particulière-

ment sur le point le plus exposé ; le charger sans relâche; ne pas lui laisser un repos pendant lequel il peut se relever; le poursuivre à outrance jusqu'à ce qu'il ait abandonné le terrain, et que le médecin ait épuisé toutes les ressources disponibles dans un cas donné. C'est par une telle méthode, employée avec toute la prudence nécessaire, que l'on guérit tant de cas rebelles aux méthodes ordinaires.

X.

Pour s'élever au rang des sciences exactes et positives, la médecine doit reposer sur une connaissance exacte et approfondie de l'anatomie normale et anormale, et emprunter aux sciences physiques leurs lumineuses méthodes d'observation.

XI.

Pour qu'une observation particulière soit bien faite, il faut qu'elle soit une exacte et fidèle représentation, une sorte de portrait de l'état du sujet aux différentes périodes de la maladie, simple ou compliquée, dont il est affecté.

XII.

Quel que soit l'appareil par lequel on commence la description de l'état du malade, une règle dont il ne faut en général jamais s'écarter, c'est de ne procéder à l'exploration d'un autre appareil qu'après avoir recueilli tout ce qui est relatif aux divers changemens qui se sont opérés dans le premier.

XIII.

La méthode numérique appliquée à des faits bien observés, bien classés, bien analysés, bien *égalisés*, est, dans l'état actuel de la thérapeutique, un puissant moyen de démonstration; l'ignorance et la paresse pourraient seules en contester l'utilité.

XIV.

Les diverses causes des maladies doivent être recherchées non-seulement dans les modifications des nombreux agens physiques qui nous environnent de toutes parts, mais aussi dans certaines circonstances morales, c'est-à-dire dans toutes les *choses* qui sont l'objet de l'hygiène.

XV.

Il faut une vocation pour l'art d'observer comme pour tout autre art, et l'on naît observateur comme l'on naît poète.

XVI.

La médecine, en tant que science fondée sur l'observation et l'expérience, emploie, pour prouver la vérité, les mêmes voies et moyens que les autres sciences de la même catégorie, savoir : la démonstration directe ou par les faits, et la démonstration indirecte ou par induction et analogie.

XVII.

Déduire des faits les *inductions* et les conséquences qui en émanent, est une des qualités nécessaires à l'observateur. (*Chomel*, Pathol. générale.)

XVIII.

Ce n'est pas tout, en anatomie pathologique, que d'avoir recueilli des faits et de les avoir, après ample examen, bien pesés, bien jugés, il faut ensuite, comme dans toute autre science, les *classer*, les *systématiser* suivant leurs *communautés* et leurs particularités, leurs ressemblances et leurs différences.

XIX.

Il n'existe point de maladie sans siége.

XX.

Quelle que soit la maladie à laquelle on ait affaire, le pronostic qu'on en portera devra, pour être juste, reposer sur une saine appréciation de la nature, du siége, de l'intensité, de l'étendue de la maladie, et sur la connaissance des modifications qu'entraînent dans la durée et la mortalité de cette maladie les circonstances de l'âge, du sexe, de la constitution, de la saison, du climat, etc.

XXI.

En médecine, comme dans toute autre science, on ne peut procéder que par la double voie de l'observation et de la rationnalisation.

XXII.

Les données fournies par l'interrogatoire des malades sur les causes de leurs maladies ne doivent être accueillies qu'avec une grande prudence, et, quant aux signes fournis par cette voie, ils sont en général bien moins propres à servir de base à un diagnostic rigoureux et précis que ceux recueillis par les méthodes physiques d'observation, telles que l'inspection, la percussion, l'auscultation, la palpation, etc.

XXIII.

La percussion, l'auscultation, la pondération, la mensuration, le calcul, l'exploration thermométrique, hydrométrique, électro-métrique, dynamo-métrique, etc., voilà les sources pures et fécondes

de l'observation médicale, en tant qu'elle s'exerce sur les conditions mécaniques, physiques, chimiques que le corps humain a reçues en partage avec tous les autres corps.

XXIV.

Du moment où quelque vérité médicale nouvelle a fait son apparition dans le monde, il n'est donné à nulle puissance humaine de l'anéantir; on ne peut qu'en retarder le triomphe.

XXV.

Dans les questions litigieuses de thérapeutique qui se présentent journellement, la moralité des auteurs divergeant d'opinions doit être prise souvent en grande considération.

XXVI.

C'est une grande et commune erreur, de prendre les doutes de certains auteurs pour l'expression réelle de l'état de la science.

XXVII.

Les faits ne sont muets que pour ceux qui ne savent pas les interroger.

XXVIII.

Comme toutes les autres méthodes thérapeutiques, la méthode des saignées coup sur coup doit évidemment être accommodée à l'intensité de la maladie, à la force, à l'âge, au tempérament, au sexe des malades, aux complications, en un mot à toutes les circonstances qui, sans rien changer au fond même de la maladie, en modifient la forme. L'auteur de cette méthode insiste beaucoup, et avec raison,

sur ce point important, et tous les jours on voit dans son service l'application de ce principe.

C'est ainsi qu'il guérit certaines pneumonies, certains érysipèles, avec deux saignées coup sur coup, tandis qu'il en est d'autres dont la guérison réclame cinq, six, sept et huit émissions sanguines, soit générales, soit locales. Dans les cas très-légers, il suffit d'une seule saignée, et même on s'en abstient quelquefois entièrement, lorsque la maladie est tellement bénigne, sous le double rapport de son siége et de son degré, que la vie du malade n'est nullement compromise.

XXIX.

Dans un grand nombre d'affections de l'œil, le nitrate d'argent est d'une efficacité incontestable.

XXX.

Si l'on veut retirer du vésicatoire comme topique tout l'effet qu'il est susceptible de produire, il faut l'appliquer dans de grandes proportions. M. *Velpeau* se sert, pour combattre les tumeurs blanches, dans le cas où la maladie porte sur les parties molles, de vésicatoires ayant quelquefois un pied carré.

FIN.